FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1911 — THÈSE — N°

POUR

# LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

**Raymond ONFROY DE BRÉVILLE**

Assistant de Chirurgie à l'Hôpital Sadiki
Ancien Externe des Hôpitaux de Paris
Lauréat de l'École de Médecine de Caen
1 prix fin d'année 1905 ; 2 prix du Concours Lesauvage
Médaille d'or des Amis de l'Université

# Sur un cas de Kyste fœtal suppuré d'origine interstitielle avec élimination d'os par l'utérus

*Président :* M. POZZI, *professeur*

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & Cie, ÉDITEURS
15, Rue Racine (VIe)

1911

# FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN, M. LANDOUZY

| PROFESSEURS | MM. |
|---|---|
| Anatomie | NICOLAS |
| Physiologie | Ch. RICHET |
| Physique médicale | GARIEL |
| Chimie organique et Chimie générale | GAUTIER |
| Parasitologie et Histoire naturelle médicale | BLANCHARD |
| Pathologie et Thérapeutique générales | ACHARD |
| Pathologie médicale | WIDAL<br>DEJERINE |
| Pathologie chirurgicale | LANNELONGUE |
| Anatomie pathologique | Pierre MARIE |
| Histologie | PRENANT |
| Opérations et appareils | HARTMANN |
| Pharmacologie et matière médicale | POUCHET |
| Thérapeutique | MARFAN |
| Hygiène | CHANTEMESSE |
| Médecine légale | THOINOT |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie | CHAUFFARD |
| Pathologie expérimentale et comparée | ROGER |
| Clinique médicale | HAYEM<br>GILBERT<br>DEBOVE<br>LANDOUZY |
| Maladies des enfants | HUTINEL |
| Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale | Gilbert BALLET |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques | GAUCHER |
| Clinique des maladies du système nerveux | |
| Clinique chirurgicale | DELBET<br>QUENU<br>RECLUS<br>SEGOND |
| Clinique ophtalmologique | DE LAPERSONNE |
| Clinique des maladies des voies urinaires | ALBARRAN |
| Clinique d'accouchements | BAR<br>PINARD<br>RIBEMONT-DESSAIGNES |
| Clinique gynécologique | POZZI |
| Clinique chirurgicale infantile | KIRMISSON |
| Clinique thérapeutique | Albert ROBIN |

## AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

| | | | |
|---|---|---|---|
| BALTHAZARD | DESGREZ | LENORMANT | PROUST |
| BERNARD | DUVAL (P.) | LEQUEUX | RATHERY |
| BRANCA | GOUGEROT | LERI | RETTERER |
| BRINDEAU | GREGOIRE | LOEPER | RICHAUD |
| BROCA (A.) | GUENIOT | MACAIGNE | ROUSSY |
| BRUMPT | GUILLAIN | MAILLARD | ROUVIERRE |
| CAMUS | JEANNIN | MORESTIN | SCHWARTZ |
| CARNOT | JOUSSET (A.) | MULON | SICARD |
| CASTAIGNE | LABBE (M.) | NICLOUX | TERRIEN |
| CHEVASSU | LANGLOIS | NOBECOURT | TIFFENEAU |
| CLAUDE | LAIGNEL-LAVASTINE | OKINCZYC | ZIMMERN |
| COUVELAIRE | LECENE | OMBREDANNE | |

*Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.*

À MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

MONSIEUR LE PROFESSEUR AUVRAY

Caen (1903-1904)

MONSIEUR LE PROFESSEUR BARETTE

*In memoriam.* Caen (1904-1905)

MONSIEUR LE PROFESSEUR GUILLET

Caen (1904-1905)

MONSIEUR LE PROFESSEUR KIRMISSON

Enfants-Malades (1906-1907)

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LEGUEU

Tenon (1907-1908)

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ RÉNON

Pitié (1908-1909)

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ VAQUEZ

Saint-Antoine (1909-1910)

MONSIEUR LE DOCTEUR RICHARDIÈRE

Médecin des Hôpitaux

Enfants-Malades (1910)

M. LE DOCTEUR BRUNSWIC-LE-BIHAN

Sadiki, Tunis (1910-1911).

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR S. POZZI

Professeur de Clinique gynécologique
à la Faculté de Médecine de Paris
Chirurgien de l'Hôpital Broca

A CEUX QUI M'ONT AIMÉ QUELQUE PEU

# Sur un cas de Kyste fœtal suppuré
## d'origine interstitielle
## avec élimination d'os par l'utérus

---

### AVANT-PROPOS

Sept années d'études trouvent aujourd'hui leur fin.

Nous reportant très loin vers cette École de Caen où, pour la première fois, nous entrions avec la blouse blanche dans une salle de malades, notre souvenir est une pensée de reconnaissance. Cette première visite fut pour nous une dure petite épreuve, l'occasion d'une aventure puérile... Elle nous valut de connaître le cœur et l'affection d'un excellent maître, M. le professeur Auvray.

Successivement l'élève de MM. Gidon, Guillet, Catois, Gosselin, Nourry, Léger, Leroux, Charbonnier, Lecornu, du regretté professeur Barette, nous leur adressons ici l'expression de notre très profonde reconnaissance.

A Paris, M. le professeur Kirmisson voulut bien nous recevoir comme son élève et nous permettre de suivre aux côtés de M. Auffret, chef de clinique chirurgicale aux Enfants-Malades, son service de policlinique.

Externe dans le service de MM. les professeurs agrégés Legueu, Rénon, Vaquez, puis de M. Richardière, nous pensions retrouver longtemps encore leur enseignement. Les conseils si bienveillants et si sûrs de MM. Tixier et Barbier ne nous permettaient-ils pas d'espérer d'un concours ?...

Mais à Tunis, nous avons retrouvé les traditions de Paris, dans un hôpital, qui ne laisse point place aux regrets, et aux côtés d'un maître que nous associerons à ceux de Caen, à ceux de Paris, dans notre sentiment de très profonde gratitude, M. le Dr Brunswic-le-Bihan.

Nous remercions très cordialement nos collègues et amis de Sadiki et tout spécialement le Dr Ledrain, de sa très franche amitié et le Dr Bouquet auquel nous devons l'observation de cette thèse.

D'autres amis ont bien voulu nous aider de leurs recherches à Paris. Nous adressons le plus grand merci au Dr Boulard et à Mme de Schildenfeld Schiller.

Et nous prions M. le professeur Pozzi, d'agréer l'expression de notre très profonde reconnaissance, pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

# INTRODUCTION

Pour ceux qui connaissent quelque peu les mœurs arabes, ce ne sera peut-être point sans un certain étonnement, qu'au hasard de recherches bibliographiques, ils trouveront cette thèse de chirurgie gynécologique, inspirée par notre maître le Dr Brunswic-le-Bihan, conçue et écrite dans un hôpital strictement musulman : l'hôpital Sadiki de Tunis.

Mais ils pourraient bien se dire après tout, que de la relation d'un cas observé, il ne découle point de façon probante, que l'art médical ait encore quelque peu bouleversé les habitudes musulmanes.

Nous ne voudrions point faire de longues digressions assez à côté du but de notre travail, ni retracer ici l'histoire de l'hôpital Sadiki, tout jeune encore, qui serait cependant pleine d'intérêt ; mais les résultats si vraiment surprenants obtenus par l'art médical sur les préjugés de races et de religion, nous font un devoir dans une thèse de ce genre de les noter en passant.

Au point de vue gynécologique seul, nous dirons qu'en 1902, lorsque notre maître prit la direction de l'hôpital Sadiki, sa volonté d'ouvrir des salles aux

femmes fut des plus discutées. Et il ne s'agissait de rien autre chose que de réserver un corps de bâtiment et d'attendre. Des intelligences distinguées crurent ses désirs irréalisables et tentèrent de faire abandonner le projet. A quoi bon !... Pouvait-on s'imaginer que la femme arabe, séquestrée chez elle, viendrait un jour dans une salle commune réclamer les soins d'un Toubib et d'un Roumi ?

Et cependant à l'heure actuelle nos lits ne suffisent plus. Les hommes soignés et guéris ont compris que les coutumes des temps passés pourraient peut-être s'accommoder d'un peu plus de bon sens, et que les sentiments d'affection trouveraient encore leur compte dans une séparation, dont ils n'avaient point jusqu'ici l'idée, mais en définitive jugeaient fort sage.

Je passerai sous silence les multiples ruses, si je puis dire, inventées pour arriver à cette hospitalisation et vaincre leurs appréhensions si naturelles d'ailleurs, depuis la consultation primitive, où l'on tâtait le pouls et l'on donnait une bouteille, jusqu'à l'admission de quasi toute la famille pour retenir une malade.

Nos plus habituelles clientes sont restées longtemps assurément des malades graves, des malades dont l'état réclamait des soins urgents, comme des présentations de l'épaule en accouchements et qui d'ordinaire nous étaient amenées par des sages-femmes.

Mais peu à peu à côté des traumatismes et accidents, des syphilis graves, des cas de dystocie,

d'autres malades vinrent, dont l'état moins urgent réclamait cependant des interventions. Celles-là ne nous venaient qu'après bien des hésitations et des mois de souffrance.

Enfin à l'heure actuelle les salles se montrent insuffisantes et nous voyons de temps à autres, tout récemment encore, des femmes soignées à Sadiki pour quelque petite misère, retenir un lit pour faire leurs couches et se laisser examinerdans les derniers temps de leur grossesse.

L'on me pardonnera ces quelques lignes. Il me semblait intéressant de marquer ces étapes de pénétration de la médecine chez les arabes de Tunis, de noter à un autre point de vue l'aide puissante que peut apporter le médecin à l'influence française colonisatrice. Que l'on me permette de rapporter la plus large part de ces résultats au très patient labeur, à la volonté très sûre de notre maître.

D'autres sans doute un jour écriront le passé si vivant de Sadiki.

Le cas qui fait l'objet de cette thèse est l'un de ceux, très intéressants, qui nous arrivent comme souvent en dernier espoir, après que toutes les ressources de l'art médical arabe ont échoué, de ceux où, comme il nous est arrivé parfois à nous-même, incisant de volumineux phlegmons, notre bistouri commet le sacrilège de balafrer tout un grimoire écrit sur la peau : de longs versets du Coran.

## OBSERVATION PERSONNELLE

Laj bent Salem el Hageri, âgée de vingt-cinq ans, habitant Aroussia, caïdat de Tebourba, entre à Sadiki le 28 février 1910.

*Antécédents.* — Elle n'a jamais été malade, a eu cinq grossesses qui se sont terminées par des accouchements normaux. Trois enfants sont morts peu après leur naissance, deux enfants sont vivants et bien portants.

*Actuellement*, elle souffre du ventre, présente des pertes abondantes et fétides et éliminerait par l'utérus des débris osseux.

*Histoire de la maladie.* — L'affection actuelle remonterait à deux ans. Elle aurait été enceinte à cette époque et aurait mené sa grossesse près du terme. Les premières douleurs de l'accouchement auraient même été ressenties, puis remise de ce faux travail elle aurait souffert pendant un an. C'est alors seulement qu'elle aurait perdu des débris osseux.

Restée chez elle depuis le début des accidents, elle, serait allée régulièrement à la selle et n'aurait jamais présenté de troubles de la miction.

*Examen.* — *A la palpation de l'abdomen*, l'on sent sur la ligne médiane une tumeur rénitente, dont on limite assez bien les contours, malgré la douleur et la défense de la paroi. En bas la tumeur plonge dans le petit bassin, en haut elle arrive à l'ombilic, latéralement on la délimite facilement, la tumeur a le volume et la forme d'une tête de fœtus.

*Au toucher*, le col est légèrement rejeté en avant.

*Au palper combiné au toucher*, l'on sent une masse qui

occupe tout le petit bassin ; cette masse est peu mobilisable latéralement, dans ses déplacements elle entraîne le col utérin. La tumeur située en avant de l'utérus, semble faire corps avec lui. La palpation est douloureuse. Les culs-de-sacs latéraux du vagin sont libres.

Le cathétérisme de l'urètre est facile, les urines ne contiennent point d'albumine.

L'état général est assez bon.

Le cœur et les poumons ne présentent rien d'anormal.

10 mars. — On commence à dilater le col au moyen de laminaires, ce qui est continué les jours suivants.

16 mars. — La température monte brusquement à 40 degrés et 6 dixièmes. Très fréquemment nous voyons à Sadiki survenir de ces élévations subites au-dessus de 40 degrés le jour même, le lendemain d'une intervention même insignifiante. Parfois cette poussée survient quelques jours après l'acte opératoire. Nous considérons ces ascensions comme dues au paludisme, bien que l'interrogatoire du malade ne nous révèle parfois, bien souvent même, aucun accès antérieur. Cette élévation de température ne s'accompagne même pas forcément des symptômes de l'accès paludéen, mais le lendemain ou le surlendemain tout a disparu. Nous avons coutume de traiter ces brusques ascensions par des piqûres de chlorhydrate de quinine.

Notre malade fut soumise à ce traitement et le 18, la température était revenue à 37°5 après ascension encore la veille à 39°6. Le thermomètre se maintient dans la suite aux environs de 37, mais de nouvelles douleurs dans le ventre, assez intenses, nous obligèrent à mettre une vessie de glace qui fut maintenue neuf jours ; quatre jours plus tard nous

dûmes y recourir à nouveau. L'opération avait été décidée pour ce jour même (le 30 mars) mais dût être remise. La malade avait des pertes très abondantes et fétides. Dans l'eau de ses injections, l'on retrouve un fragment d'os que l'on reconnaît être un fragment de côte.

6 avril 1910. — *Laparatomie.* — Incision médiane sous-ombilicale en position de Trendelenburg. Il est impossible d'ouvrir le péritoine dans les trois quarts inférieurs de l'incision, la tumeur adhère à la paroi abdominale. L'incision est alors prolongée jusqu'au-dessus de l'ombilic. L'on constate que le grand épiploon par tout son bord inférieur adhère à la tumeur, et l'on est obligé de le sectionner. Protégeant les anses intestinales au moyen de grandes compresses, l'on peut rompre de chaque côté de la tumeur des adhérences à la paroi abdominale. Une anse intestinale passe au-devant de la tumeur et lui est très intimement adhérente sur une longueur de 5 centimètres. Il est impossible de trouver un plan de clivage et l'on est obligé de disséquer l'intestin au bistouri. Dans ces manœuvres, la séreuse intestinale est légèrement déchirée, mais il ne se produit aucune perforation de ce côté. Mais au moment de terminer cette dissection, la paroi du kyste se rompt en arrière et un peu à droite de la ligne médiane. Il jaillit un liquide rougeâtre, fétide. L'on obture l'orifice avec une pince à kyste et la dissection de l'anse intestinale est achevée. Protégeant la grande cavité péritonéale, l'on ouvre la tumeur en avant et l'on extrait alors des os qui sont les suivants :

2 os frontaux ;

1 pariétal ;

1 écaille de temporal.

1 fragment d'écaille de temporal;
2 fragments d'os iliaque ;
la moitié du maxillaire inférieur ;
1 omoplate ;
4 côtes ;
les 2 rochers ;
1 fragment de sphénoïde;
1 fragment de maxillaire supérieur ;
1 os malaire ;
1 apophyse zygomatique ;
les 2 fémurs ;
les 2 tibias ;
les 2 humérus ;
1 os long probablement un radius;

Enfin quelques débris osseux qu'il est impossible d'identifier; les fémurs ont 5 centimètres de longueur.

On termine l'intervention par une hystérectomie subtotale. Thermo-cautérisation du canal cervical. Suture en trois points du moignon utérin, qui saigne abondamment sur sa tranche. Ligatures des artères au catgut. La péritonisation est assez facile, bien que le péritoine se laisse un peu déchirer. L'on place un très gros drain dans le cul-de-sac de Douglas. L'anse intestinale dont la séreuse a été déchirée saigne légèrement. On fronce la séreuse au moyen de quelques points à la Lembert. Fermeture en un seul plan de la paroi abdominale au moyen de fils métalliques. Pansement.

Les *suites opératoires* ont été aussi simples que possible. Aspiration par le drain abdominal allant jusqu'au Douglas le lendemain et le surlendemain de l'opération, puis enlève-

ment du drain après quarante-huit heures. Au sixième jour, l'on doit sonder la malade qui, jusque-là, avait uriné seule. Au septième jour, la température monte à 38 degrés, douleur à la partie inférieure de la cicatrice abdominale au niveau du drain. Il se fait là un petit abcès superficiel qui est incisé. La malade reste subfébrile encore quelques jours, puis se rétablit définitivement.

Elle quitte Sadiki en parfait état le 28 mai 1910.

*Examen de la pièce.* — L'utérus est ouvert sur sa face antérieure. La poche qui contenait les débris fœtaux communique avec la cavité utérine vers le niveau de l'orifice interne de la trompe gauche. La poche étalée occupe la surface de la main. En arrière et à droite, l'on voit la perforation produite au cours de la dissection de l'anse intestinale. Cette perforation s'est produite au point où manifestement la paroi du kyste est la plus mince.

Les ovaires sont sains, les trompes paraissent normales sur toute leur longeur, les ligaments ronds, en raison des adhérences de la tumeur à la paroi abdominale antérieure ne peuvent absolument pas être différenciés.

La dissection minutieuse de la pièce permet de constater que la trompe droite est perméable et saine dans toute son étendue. Elle aboutit à la cavité utérine de façon très normale, en un point situé à 1 centimètre environ au-dessous du niveau du kyste. La trompe gauche est de même, perméable jusqu'à l'utérus, peut même être suivie pendant quelques millimètres dans l'épaisseur du muscle utérin, mais la partie toute interne ne peut être mise nettement en évidence ; les derniers millimètres se perdent dans un tissu vaguement aréolaire, se continuant lui-même avec la paroi

du kyste, qui passe sur la région, obstruant l'orifice interne de l'oviducte. La perforation du kyste siège légèrement au-dessous.

La topographie des deux cornes utérines nettement établie, nous constatons alors parfaitement que la trompe gauche est surélevée par rapport à la droite, qu'elle contourne la base du kyste sur une longueur de 2 centimètres environ, pour se continuer avec l'utérus sur la face postérieure de la masse utéro-kystique. Le kyste lui-même, par rapport au plan des deux cornes serait donc fortement incliné du côté sain (à droite).

Développé donc initialement au niveau de la corne gauche, il aurait, au cours de son développement, progressé en haut occupant le fond de la matrice, à droite produisant l'abaissement de l'ostium uterinum de ce côté, et en avant, puisque la trompe lésée se trouve reportée en arrière.

L'observation de Laj bent Salem El Hageri nous paraissait des plus intéressantes à rapporter. Tout d'abord, les cas de grossesse interstitielle connus sont encore rares, puis l'évolution de l'affection chez notre malade présente une particularité tout à fait exceptionnelle : l'élimination des fragments osseux par le col utérin lui-même. Cette voie d'élimination des parties désagrégées du fœtus se rencontre si rarement que la plupart des traités ne la citent pas. Quelques-uns la notent cependant d'un mot, mais Parry. dans sa thèse, sur 248 cas d'ouverture du kyste, semble ne point avoir rencontré cette variété. Nous y trouvons mentionnés 65 fois l'ou-

verture dans le rectum, 40 fois l'ouverture à la paroi abdominale, 12 fois la communication avec le vagin et 9 fois avec la vessie. Les autres cas sont relatifs à des perforations multiples intéressant le kyste et plusieurs organes à la fois.

Nos recherches sur ce point ne nous ont fait découvrir que fort peu de cas ayant quelques analogies avec celui que nous rapportons.

Nous ne voulons point dire qu'il n'en existe point d'autres, car si nous avons mis en œuvre tous les documents que nous pouvions nous procurer, sur ce point comme sur tous les autres étudiés dans cette thèse, nous n'avons point la prétention de ne rien omettre. Bien au contraire, et nous nous en excuserons, ayant écrit ce travail à Tunis, où les ressources bibliographiques sont forcément très modestes, malgré les riches collections que nous offre Sadiki.

Mais avant d'insister sur la rupture intra-utérine du kyste, partie vraiment originale de notre observation, nous croyons devoir rappeler et préciser même quelques points de la symptomatologie et de l'histoire de cette affection peu commune : la grossesse interstitielle.

# LA GROSSESSE INTERSTITIELLE

## Fréquence

La grossesse interstitielle est une des variétés de la grossesse ectopique, caractérisée par le développement de l'œuf dans la portion de la trompe comprise dans l'épaisseur de la corne utérine. Mais si cette variété peut être admise schématiquement, pièces en main, elle doit être précisée par de nouvelles appellations.

L'œuf, en effet, en augmentant de volume, tend à se développer tantôt en dehors, tantôt en dedans de la portion interstitielle, produisant des lésions qui tantôt prédominent sur la trompe, tantôt atteignent davantage l'utérus. De là deux aspects nouveaux, deux modalités nouvelles de la grossesse interstitielle : 1° la *tubo-interstitielle* ; 2° l'*utéro-interstitielle* dans laquelle nous rangerons notre cas.

C'est dans cette dernière, que se rencontreraient de préférence, cela se conçoit, les métrorragies abondantes et que l'on pourrait voir survenir l'expulsion de l'œuf en entier ou seulement d'une

partie, placenta ou fœtus. L'on rencontre, en effet, de ces grossesses ectopiques dont le kyste est comme divisé en deux poches, séparées par une cloison incomplète : dans l'une se trouve le fœtus, dans l'autre s'attache le placenta.

La fréquence de la grossesse interstitielle varie suivant les statistiques :

Martin donne 1 cas de grossesse interstitielle pour 77 grossesses tubaires ;

Parry, 31 interstitielles pour 214 grossesses tubaires.

Muret cite Lawson Tait, qui estime la proportion à 1 o/o ; Schrenk, qui note 14 grossesses interstitielles sur 610 cas de grossesses ectopiques qu'il a pu rassembler ; Rosenthal, qui donne la proportion de 40 pour 1314.

Mais Roswinkel, cité encore par Muret, n'aurait pu rassembler jusqu'en 1897 dans la littérature médicale que 17 cas de grossesses tubo-utérines avérées et résistant à un examen critique sévère.

Pour notre part, recherchant dans les diverses publications depuis cette année 1897, nous avons trouvé relatées, à côté de quelques cas assez douteux, un certain nombre d'observations, qui nous ont paru au-dessus de toute critique, tant par les articles qu'elles ont suggérés que par l'autorité de leurs auteurs.

Ce sont les suivantes :

V. Bekmann. — Cas de grossesse extra-utérine interstitielle (Société de Gynécologie et d'Obstétrique de Saint-Pétersbourg, 26 février 1898).

Mercier. — *Les Ruptures spontanées de l'utérus gravide dans leurs rapports avec la grossesse interstitielle.* Thèse de Paris, 1898 (1 cas personnel).

V. Stejensky. — Grossesse interstitielle (Société de Gynécologie et d'Obstétrique de Moscou. *Vratch*, 1899, n° 41).

Delagenière.— *De la grossesse tubo-utérine ou interstitielle* (deux observations) (*Archives provinciales de Chirurgie*, 15 janvier 1902).

Muret. — *De la grossesse interstitielle* (*Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale*, 1902, n° 1, p. 35).

Pozzi. — Présentation de pièce de grossesse interstitielle (Société d'Obstétrique de Gynécologie et de Pédiâtrie, 12 mars 1906).

M. Maygrier. — Présentation d'une pièce de grossesse interstitielle rompue au deuxième mois, mort malgré l'intervention. (Société d'Obstétrique de Paris, 4 juillet 1907).

La rareté des grossesses interstitielles serait pour Delagenière plus apparente que réelle. Schulze, dont il rapporte l'opinion, pense que la variété tubo-utérine serait fréquente et méconnue, en raison précisément des connexions de l'œuf avec la cavité utérine. L'œuf évoluerait souvent du côté de la cavité utérine et sa rupture serait alors confondue avec un avortement de grossesse normale.

Et, dans sa pratique, Delagenière dit avoir rencontré, infiltrés dans les parois de certains utérus, des amas de caillots sanguins qui, considérés comme des hématones interstitiels venant de tumeurs malignes, n'étaient peut-être que des lésions de grossesses interstitielles.

Quoi qu'il en soit, que l'affection au début surtout puisse être chose fréquente ou banale, il n'en est pas moins certain que les observations de grossesse interstitielle sont peu nombreuses et partant intéressantes à retenir.

## ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Avant d'aborder l'étude clinique de la grossesse interstitielle, il est indispensable de rechercher les lésions qui caractérisent cette « mauvaise grossesse » et celles qui se peuvent surajouter à l'implantation vicieuse de l'œuf, comme lésions secondaires ; celles-ci présentant souvent, d'ailleurs, un intérêt capital.

L'anatomie pathologique nous permettra de comprendre mieux les symptômes présentés par la malade et l'histoire de son affection ; elle nous indiquera les signes que nous devons rechercher, et les points sur lesquels,le cas échéant,notre interrogatoire doit porter ; nous serons plus à même, connaissant les troubles apportés au fonctionnement normal des organes abdominaux et à l'évolution d'une telle grossesse de poser un diagnostic ; les multiples complications, qui peuvent survenir au cours de cette évolution, nous paraîtront plus faciles à comprendre et à prévoir même dans une certaine mesure. Enfin le traitement essentiellement chirurgical trouvera les indications de technique pour chaque cas particulier dans l'appréciation des désordres observés par l'opérateur au cours de la laparotomie. Nous devons

donc logiquement commencer par l'étude anatomique de cette grossesse interstitielle.

L'*utérus*, au cas de grossesse extra-utérine, est toujours augmenté de volume, comme l'a démontré Pinard. Dans la grossesse interstitielle, il serait même plus gros comparativement que dans les autres cas de grossesse ectopique.

Pièces en main, ce dernier fait est peut-être très exact, puisque pour la grossesse tubaire « cette réaction d'intensité variable semble d'autant plus accusée que l'œuf se développe plus près de l'utérus » (1), mais il nous semble que dans les observations cliniques et faits relatés de grossesse interstitielle une certaine confusion existe au sujet de cette hypertrophie.

Ainsi Delagenière écrit : « L'utérus, comme l'a démontré Pinard pour toutes les variétés de grossesses ectopiques, est augmenté de volume ; mais ce qui le caractérise dans les cas que nous étudions (1), c'est son asymétrie. Cette asymétrie est variable comme la situation de l'œuf par rapport à l'utérus. Léopold a relaté un cas, où l'utérus était considérablement augmenté de volume dans le sens transversal, où il était comme flanqué d'une tumeur accolée à son bord externe, mais dont l'extrémité supérieure ne dépassait pas le fond de l'utérus. D'autre part,

---

1. Pozzi, *Traité de gynécologie*.

2. Delagenière, *De la grossesse tubo-utérine ou interstitielle* (*Archives provinciales de chirurgie*, mai 1902, n° 5).

Rosenthal relate un fait où le fond de l'utérus est comme prolongé par une tumeur arrondie, analogue à certains fibromes sous-séreux, de sorte que, dans ce cas, c'est dans le sens de sa hauteur que l'utérus est augmenté de volume.

» Enfin dans le cas de Muret comme dans les deux nôtres, l'utérus prend une forme oblongue, par suite de la proéminence d'un des angles de l'utérus.

» Quoi qu'il en soit de ces variétés c'est toujours le segment supérieur de l'utérus qui subit ces modifications de volume. »

Ces lignes ne nous semblent nullement décrire un phénomène analogue à celui sur lequel Pinard attire l'attention.

Ce n'est point en effet l'augmentation des diamètres ou de la hauteur produite par le fait d'une tumeur surajoutée qui, dans le cas de grossesse ectopique, est digne de remarque ; ceci peut se rencontrer au cours de toute autre tumeur de l'utérus, mais ce qu'il y a de vraiment particulier et sur quoi insiste Pinard, c'est sur l'hypertrophie d'un utérus vide au cas de grossesse tubaire, abdominale, ovarienne même, hypertrophie d'ordre réflexe, sympathique.

Il en résulte, que dans le cas de grossesse interstitielle, ce serait l'état de la partie saine de l'utérus qu'il faudrait décrire pour rester en conformité avec l'idée de Pinard, abstraction faite de l'augmentation des dimentions dûe au kyste.

C'est qu'en effet, les déductions cliniques de cette

étude anatomo-pathologique sont essentiellement différentes.

Supposons en effet le cas d'une tumeur annexielle pouvant suggérer l'idée de grossesse ectopique, il paraît évident que la constation d'une augmentation de volume de l'utérus reconnu sain par ailleurs puisse plaider en faveur de la grossesse, et cette augmentation peut être assez aisément reconnue.

Mais au contraire dans la variété de grossesse qui nous occupe, la grossesse interstitielle, l'augmentation de la partie saine de l'organe et impossible pratiquement à apprécier, la masse kystique faisant corps avec elle, et le serait-elle que la valeur diagnostique serait minime, comme élément de probabilité de grossesse.

En d'autres termes, nous pensons que si dans le cas de tumeur tubaire l'état hypertrophique de l'utérus considéré comme une réponse aux modifications apportées dans l'organisme par la gestation, peut éclairer le diagnostic, il n'en est plus de même au cas de grossesse interstitielle, où l'hypertrophie du muscle utérin, quoique réelle, reste sans portée pour rapporter à une grossesse la tumeur adhérente à la matrice ou faisant corps avec elle.

Ceci posé, la masse utéro-kystique peut, en effet, présenter des aspects variables et sa forme et sa consistance être d'une grande utilité à rechercher minutieusement.

Notre malade à ce point de vue ne présente rien de très particulièrement intéressant à rappeler ; la

tumeur est rénitente, facile à délimiter, remontant jusqu'à l'ombilic, occupant le petit bassin et adhérant à l'utérus, qui répond aux déplacements. Les dimensions de la matrice paraissent peu augmentées. Nous rappellerons que la grossesse remontait à deux ans, et l'on sait que lorsque l'œuf meurt, la réaction utérine s'éteint, l'utérus subit une sorte d'involution, qui lui fait reprendre son volume primitif.

C'est, d'ailleurs, ce que la pièce nous a montré, un utérus à peine plus gros que la normale.

L'augmentation de volume au sens de Delagenière (c'est-à-dire l'augmentation de dimension constatable cliniquement) avait bien pour point de départ le fond de l'utérus ; celui-ci, d'ailleurs, n'existait pour ainsi dire plus et le kyste était implanté sur ce fond comme si au cours de son développement il l'avait forcé à se rompre, empiétant sur la corne utérine droite, restant à une certaine distance (1 cm.) de l'*ostium uterinum* gauche et dans son ensemble penchée à gauche.

La *situation du ligament rond et des trompes* par rapport au kyste fœtal est considérée comme le meilleur signe, auquel on puisse reconnaître la variété anatomique interstitielle de grossesse ectopique.

Le *ligament rond* est-il en dedans de la tumeur ? celle-ci appartient à la trompe ; au contraire, s'implante-t-il sur la paroi externe du kyste, que l'on est forcé d'admettre comme point d'implantation primitif de l'œuf, la portion utérine de la trompe.

De plus, comme la paroi utérine et le péritoine ont suivi le kyste dans son expansion, l'attache du ligament rond se trouve reportée d'ordinaire plus haut que du côté sain. Il y a une asymétrie marquée très facile à constater sur certaines pièces anatomo-pathologiques ; même il se rencontre que ce ligament, du côté de la grossesse, augmente de volume, s'hypertrophie et de ce fait acquiert plus qu'une valeur diagnostique au cours de l'intervention.

Muret, en effet, aurait pu chez une malade reconnaître par le toucher combiné au palper le ligament rond du côté malade et préciser son point d'attache, établissant ainsi nettement le diagnostic de grossesse interstitielle avant l'opération.

Chez notre malade, même pièces en main au laboratoire, il nous fut impossible de reconnaître le ligament rond, mais les trompes dans un état de conservation parfaite nous ont permis d'arriver à un diagnostic extrêmement précis.

Les *trompes*, en effet, présentent elles aussi dans ce cas une asymétrie d'insertion généralement. Nous avons dit que, chez notre malade, la trompe droite, perméable sauf dans la partie tout interne de sa portion interstitielle où elle se confondait avec le kyste, contournait la face latérale de celui-ci dans la partie interne de sa portion libre (isthme), puis venait se perdre dans la corne utérine assez en avant.

La trompe gauche, absolument normale sur tout son parcours, était située légèrement sur un plan postérieur et beaucoup plus basse, le kyste ayant

en somme amené une légère torsion de l'utérus de droite à gauche et produit un notable abaissement de la corne gauche.

Les *rapports du kyste fœtal avec les parties voisines* sont extrêmement intéressantes à étudier. Pinard fait cette remarque que le kyste fœtal peut être entouré des anses intestinales passant en avant de lui, et tellement adhérentes qu'on ne peut les décoller.

Il peut en être de même pour d'autres organes, et, dans le cas que nous relatons, l'on se souvient de l'adhérence à la paroi abdominale qui rendit l'extraction plus complexe et ne nous permit point, de ce fait, de retrouver les ligaments ronds.

Pour ce qui est de l'adhérence à l'intestin, nous trouvons cette complication signalée par de nombreux auteurs, et nous rapporterons ici, pour montrer la complexité de certains cas, une partie de l'observation d'une malade du Dr Bégouin :

*Grossesse ectopique ayant évolué jusqu'au terme : rétention fœtale de vingt et un ans, extraction par laparotomie.*

(Congrès français de chirurgie, séance du 2 octobre 1906. — Dr Bégouin, de Bordeaux, professeur agrégé, chirurgien des hôpitaux.)

... Mais je me permettrai d'attirer votre attention sur l'amincissement des membranes de l'œuf et sur l'adhérence intime qu'elles contractaient avec la surface fœtale et, d'autre part, avec les parties maternelles. Cette adhérence peut être telle,

comme dans mon cas, que c'est presque une véritable fusion surtout avec les parties maternelles. Il en résulte, au point de vue opératoire, une difficulté considérable, puis une dénudation des organes et des parois abdominales, qui restent cruentés sans péritonisation possible. Ce fut là la cause qui selon toute vraisemblance détermina la mort de ma malade par occlusion intestinale progressive.

Ces adhérences intimes à la suite de longues rétentions fœtales ont été presque toujours constatées et Wœrth les a bien mises en relief : il a vu des parties maternelles naître des poussées conjonctives jeunes qui pénétraient jusque dans la cavité de l'œuf...

*Intervention*. — En Trendelenbourg, laparotomie médiane du pubis à l'ombilic. Le péritoine incisé, le pôle supérieur de la tumeur se présente libre au milieu des intestins sans adhérence aucune. Il est arrondi, lisse, jaunâtre et très dur. Mais un peu plus bas la tumeur est encerclée d'une anse d'intestin grêle, extrêmement adhérente, sur une longueur de plus de 0 m. 25 et dont la libération laisse une longue et large surface cruentée sur l'intestin. L'extrémité inférieure de la tumeur est adhérente de toutes parts à la paroi abdominale antérieure et aux parois du petit bassin, en arrière du ligament large gauche, où elle est bloquée. Ce n'est que très difficilement que le fœtus est libéré de toutes ces adhérences, qui constituent une véritable fusion avec les tissus maternels. Parfois, au cours de cette libération, il s'écoule tout à coup sur les compresses de petites quantités de liquide citrin, qu'on peut évaluer en tout à 30 ou 50 grammes...

Ces adhérences intestinales, outre qu'elles viennent

plus que toutes autres compliquer l'intervention, jouent un rôle capital, sans doute, dans l'évolution des accidents qui peuvent survenir.

Au cas de rétention de fœtus mort, en effet, si le plus souvent celui-ci se résorbe complètement quand l'embryon meurt aux premiers mois de la grossesse, plus tard, s'il ne se momifie, ou ne se transforme point en lithopédion, il se putréfie. Et cette putréfaction semble avoir pour origine, c'est du moins l'opinion de la plupart des auteurs, le voisinage de l'intestin, dont il n'est séparé que par une paroi mince.

Le kyste suppurant s'enflamme, contracte des adhérences et une voie d'élimination tend à se produire, vers la paroi abdominale, l'intestin, le vagin, l'utérus, comme dans notre cas « terminaison tout à fait exceptionnelle, il faut que les parois du kyste et celles de l'utérus se sphacèlent ou soient détruites » (Ribemont-Dessaignes et Lepage).

## SYMPTOMATOLOGIE CLINIQUE

N'ayant ici en vue que le cas de grossesse interstitielle, nous ne rappellerons point toute la symptomatologie des grossesses ectopiques, dont la grossesse interstitielle n'est qu'une variété.

Ces symptômes, on le sait, plutôt que des signes tenant au siège du développement de l'œuf sont davantage des signes empruntés aux divers accidents qui surviennent généralement au cours de ces grossesses; métrorragies, douleurs, compressions, ruptures, ces dernières pouvant donner lieu à des hémorragies répétées, ou à la grande inondation à allure cataclysmique.

Ceci d'ailleurs trouve aisément son explication dans ce fait, qu'avant le quatrième mois, les signes positifs de grossesse même normale sont assez incertains, et que c'est justement dans les premiers mois que surviennent généralement les accidents compliquant la grossesse ectopique.

Nous nous bornerons à rappeler certains signes assez particuliers à la variété interstitielle.

Parmi les *signes fonctionnels*, les hémorragies utérines paraissent plus fréquentes que dans les autres

variétés, et quand surtout elles se répètent (Delagenière), sembleraient assez en faveur de la grossesse interstitielle, tubo-utérine. Parfois les hémorragies par le col sont précédées de douleurs vives et peuvent même provoquer des syncopes réflexes, sans pour cela être d'une extrême abondance.

Dans l'examen auquel se livrera le médecin, il est un certain nombre de *signes physiques* qui peuvent faire admettre, comme infiniment probable, le diagnostic de grossesse interstitielle.

Le toucher vaginal combiné au palper peut faire reconnaître une tumeur adhérente à l'utérus, tumeur prolongeant tantôt le fond et rendant la hauteur totale plus considérable, tantôt une corne et augmentant alors les diamètres transverses de l'utérus. En tous cas, il y a une asymétrie de l'utérus du fait de la présence de la tumeur kystique.

Il ne faut pas s'attendre à toujours rencontrer des sensations nettes, mais parfois, comme dans un des cas rapportés par Delagenière, la sensation d'une tumeur adhérente, mollasse « contrastant avec la résistance spéciale de l'utérus, consistance que l'on reconnaît dans la moitié de l'organe non occupée par la tumeur » permet d'être beaucoup plus précis dans le diagnostic.

L'on devra toujours rechercher par le toucher et par le palper à reconnaître la situation du ligament rond par rapport à la tumeur. *A priori*, il semble que cette recherche soit délicate, mais comme Muret rapporte un cas où le diagnostic fut ainsi nettement

établi avant l'opération, il semble que cette recherche doive toujours être tentée,

Nous ne saurions dire si la sensation de ramollissement du col et même du corps utérin est plus marquée au cas de grossesse interstitielle que dans les autres variétés de grossesse ectopique, les observations que nous avons relues et notre cas personnel n'apportant rien de précis à ce sujet.

Il se pourrait de même que dans les cas de grossesse interstitielle, les phénomènes observés du côté de la muqueuse utérine aient quelques particularités.

Kœlliker rapporte un cas où la muqueuse transformée en caduque fut éliminée en bloc. A l'examen de la pièce de notre malade, il semble qu'*a priori* cette élimination en bloc ne puisse jamais avoir lieu de par l'insertion de cette caduque sur un plan non homogène et forcément de réaction différente, plan constitué en partie par le muscle utérin, en partie par le kyste. Nous ne voulons point insister sur une hypothèse, que nous n'appuyons sur aucun fait, mais il nous semble que la constatation de l'élimination en bloc d'une caduque, s'accorde mal avec un diagnostic de grossesse interstitielle, et que cette éventualité soit de nature à en infirmer plutôt le diagnostic.

---

## ÉVOLUTION

Nous avons vu que suivant l'opinion de Schultze, Delagenière, beaucoup d'avortements pourraient être considérés comme des ruptures de grossesses tubo-utérines. Ce serait là un mode naturel de guérison.

Si l'on excepte cette éventualité, qui, en réalité, pourrait ne point être envisagée, puisque rien ne peut prouver absolument la réalité en ce cas d'une grossesse interstitielle, il semble que cette variété de grossesse ait généralement une durée plus longue etse rapproche davantage du terme.

Le diagnostic n'apparaît pas cependant, dans la majorité des faits, favorisé par cette plus grande période de tolérance, puisque, si la tumeur est plus constatable,il est toujours fort difficile de bien apprécier ses connexions et d'en établir la variété exacte.

En réalité, que la grossesse dans ce cas ait une durée plus longue, peu importe, puisque comme dans les autres variétés de grossesse ectopique, les mêmes accidents surviennent le plus généralement.

Ou bien il se produit une hémorragie foudroyante comme dans le cas de Mercier, ou bien des hémor-

ragies abondantes par le col surviennent mettant la vie du malade en danger et commandant l'intervention.

Dans l'observation de Maschka que nous relatons plus loin, une grossesse intertitielle de quatre mois se termina brusquement par double rupture du kyste, du côté de la cavité péritonéale donnant passage au placenta et à la tête détachée, du côté de la cavité utérine permettant au tronc du fœtus d'être expulsé par les voies naturelles.

Dans d'autre cas, sans rupture du kyste, le fœtus meurt et « le plus souvent le fœtus simplement macéré ne tarde pas à se putréfier. Tandis que le fœtus mort in-utéro ne se putréfie pas, tant que l'œuf est intact, le fœtus mort dans un sac fœtal ectopique ne tarde pas à s'infecter. Cette infection est semble-t-il d'origine intestinale ».

Et dès lors le contenu du kyste tend à s'éliminer, se faisant jour à l'extérieur par le point de moindre résistance, réalisant une fistule.

Le cas que nous relatons dans ce travail est un exemple de ces fistules. La grossesse ayant évolué jusqu'à une époque très rapprochée du terme, le squelette du fœtus retenu dans la poche ne pouvait s'éliminer facilement. Quelques débris rendus de temps à autre venaient, avec la présence d'une tumeur, affirmer le diagnostic de grossesse ectopique. Le siège de cette fistule est particulièrement rare, le kyste s'ouvrait dans l'utérus.

## DE L'OUVERTURE DES KYSTES FŒTAUX ANCIENS DANS L'UTÉRUS

L'ouverture des kystes fœtaux dans l'utérus, de par sa rareté, ne nous permet point d'envisager cette évolution au simple point de vue de la grossesse interstitielle.

Dans les recherches que nous avons faites, nous avons tenté de recueillir tous les cas de communication du kyste avec l'utérus, qu'il s'agisse de grossesse interstitielle ou de toute autre grossesse ectopique.

Au cours de ces recherches, nous avons fréquemment rencontré des relations d'ouvertures dans d'autres organes. Ceci n'intéressait point à vrai dire notre travail ; aussi nous n'en avons point poursuivi l'étude, ni cherché à rassembler ces observations, qui, peut-être, pourraient complèter de façon intéressante la thèse de Parry.

Nous avons cru cependant qu'il serait utile pour établir une analogie entre ces cas et le nôtre, et vu le peu de documents que nous avons pu trouver, de rapporter ici quelques observations particulièrement typiques de ces ouvertures.

Nous rapporterons tout d'abord un cas d'élimination d'osselets par le rectum.

*Grossesse extra-utérine datant de treize ans, fistule intestinale, élimination du squelette fœtal. — Laparotomie. — Guérison.* — (*la Gynécologie*, 1902, page 167. Compte rendu de la Société médicale du Turkestan, 1901, n° 26-30).

Il s'agissait d'une femme de trente-huit ans, de constitution délicate, présentant une fièvre vive, se plaignant de douleurs abdominales.

Ventre légèrement météorisé, douloureux, surtout dans sa partie inférieure, où l'on constate la présence d'une tumeur du volume d'une tête fœtale, élastique, tendue, douloureuse à la palpation, occupant par sa plus grande partie la fosse iliaque droite, remontant en haut jusqu'à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic, et descendant en bas dans le petit bassin.

A gauche de cette tumeur, on en trouve une autre plus dure, piriforme, intimement unie à la première ; à l'exploration bimanuelle, on constate que l'utérus est en rétroflexion, à droite de la tumeur à laquelle il adhère ; col cylindrique, ferme, orifice utérin fermé. La palpation est très douloureuse. Écoulement vaginal muco-purulent, d'odeur fétide. Température 39°1.

La malade a commencé à souffrir après le deuxième accouchement, qui avait été normal ainsi que le premier. Elle fut alors traitée par le professeur Slaviansky. Bientôt après elle devint de nouveau enceinte.

Les mouvements du fœtus devinrent perceptibles au troisième mois ; au sixième mois de la grossesse, les menstruations réapparurent, devinrent très régulières et les mouve-

ments du fœtus ne furent plus perçus par la mère. Le ventre diminua de volume ; la malade se sentait bien depuis douze ans après cet accident, quand il y a un an, elle fut prise de fièvre avec anorexie et faiblesse générale. Ce malaise se dissipa du reste assez vite. En janvier de l'année courante, la patiente ressentit une vive douleur pendant la défécation et à l'examen des selles, on y a trouvé un petit osselet. Un mois plus tard, nouvelle élimination d'un osselet par le rectum. En avril, élimination de plusieurs osselets pendant la défécation qui était excessivement douloureuse. En même temps, la température s'élève brusquement et les douleurs abdominales deviennent très vives.

*Diagnostic.* — Grossesse extra-utérine dans le stade d'involution, suppuration de la poche fœtale, formation de fistule intestinale et élimination du fœtus.

*Laparotomie.* — La tumeur part d'une trompe, l'utérus est en arrière et à droite au fond du petit bassin. Adhérences très intimes et très étendues surtout en arrière avec les anses intestinales.

*Marsupialisation du kyste.* — Un osselet est retiré du rectum sans que l'on puisse retrouver la fistule intestinale.

Guérison avec persistance cependant d'une fistule.

L'observation qui suit revêt une allure assez analogue, mais cette fois l'élimination d'os se fit par la vessie. Nous empruntons cette observation à M. Haggard.

*Ablation par la cystotomie vaginale du squelette d'une grossesse extra-utérine ayant perforé la vessie* (W. D. Haggard (de Nashville), *Association gynécol. américaine*, 13-15 sept. 1904, *la Gynécologie*, 1904, page 540).

Il s'agit d'une femme de trente et un ans, se croyant enceinte, normalement.

Durant les trois premiers mois, écoulement, douleur de la vessie et de la miction. Pas de symptômes de rupture. La malade sentit remuer pour la derniere fois à six mois et demi ; elle resta au lit trois ou quatre semaines à cause des douleurs. Depuis un an, elle souffre de douleurs plus ou moins considérables dans le bassin. La tuméfaction abdominale a diminué. A la fin de l'année, la malade rendit du pus dans l'urine et quelques jours plus tard une vertèbre fœtale à travers l'urètre.

L'année suivante, les troubles urinaires continuèrent et un jour la malade rendit encore un os par l'urètre : dans la suite, elle en rendit encore 85. La vessie était extrêmement sensible, la pression déterminait de la crépitation. Les os étaient recouverts d'un dépôt de phosphate de chaux. L'urine contenait beaucoup de pus et de phosphate. L'introduction du doigt dans l'urètre faite pendant l'anesthésie amena la découverte d'os nombreux et d'une petite cavité communiquant avec la vessie dans la partie supérieure.

Les os étant trop volumineux pour être retirés par l'urètre, on fit une incision dans la cloison vésico-vaginale et on retira tous les os, au nombre de 55 par cette incision.

Quelques-uns étaient restés dans le tissu de granulation

de ce qui restait du sac ectopique. De larges irrigations furent pratiquées dans le sac et la vessie et on établit une fistule vésico-vaginale artificielle par le drainage, qui fut fermée au bout de six mois par des sutures d'argent. La malade fut alors complètement guérie.

Nous résumerons encore deux observations de M. Hue de Rouen.

*Deux cas de grossesses extra-utérines anciennes ouvertes dans la vessie. — Cystotomie sus-pubienne*

François Hue. — Société de Chirurgie, 5 juillet 1899.)

Dans les deux cas le diagnostic porté avant toute intervention n'avait été que celui de calcul vésical développé autour d'un corps étranger volumineux.

I. — Femme de soixante-deux ans. A eu deux enfants, se souvient vaguement avoir gardé le lit avec des douleurs de ventre très vives. Ménopause à cinquante-sept ans. Deux ans après douleurs vésicales, pollakiurie, émission de petits fragments durs, non examinés, ni conservés.

Actuellement, fistule vésico-vaginale, des urines ammoniacales et purulentes s'écoulent continuellement par cette fistule. Exaspération violente des douleurs parfois, au moment de l'émission de petits corps durs gros comme un pois environ.

Le cathétérisme fort douloureux fait constater l'existence d'un calcul friable et volumineux. La vessie fongueuse saigne abondamment. La fistule vésico-vaginale petite peut être sentie tout de suite en avant du col.

12 mai 1894. — Cystostomie sus-pubienne. En cherchant à écarter de fortes brides fibreuses, le doigt produit une déchirure de la vessie très friable. De la vessie l'on extrait un calcul irrégulier friable, puis d'autres fragments implantés dans la paroi inférieure dont l'un perfore la paroi vers le vagin et a déterminé la fistule.

Il s'agit bien de débris d'origine fœtale constitués par l'os du crâne d'un lithopédion.

II. — Femme de soixante-quatre ans. Ménopause à quarante-sept ans, sans accidents, mais dans son passé deux fausses couches, et un troisième arrêt de règles qui donna lieu à de fortes douleurs qu'on qualifia de péritonite, sans signes de fausse couche.

C'est dix-neuf ans après ce dernier accident que surviennent les douleurs accompagnées de symptômes vésicaux, urines chargées, purulentes, fétides. La sonde donne une sensation des plus nettes de calcul. Un toucher vésical fait penser à un calcul développé sur une épingle à cheveux, mais l'extraction par l'urètre au moyen d'une pince fait reconnaître un calcul développé sur le squelette d'un avant-bras de fœtus de quatre à cinq mois. Le coude est intact, mais l'extrémité distale des os (cubitus et radius) est taillée en pointe.

Un nouveau toucher permet de sentir une perforation vésicale de la dimention d'une pièce de deux francs et par laquelle se presse tout un ossuaire où l'on devine entre autres les larges os plats du crâne fœtal.

Une taille sus-pubienne pratiquée un mois plus tard donne accès sur la vessie, puis sur un kyste fœtal, d'où un petit squelette avec parties molles à moitié putréfiées est extrait.

Rétrécissement de la plaie. Deux drains conjugués sus-pubiens.

Au vingtième jour la plaie opératoire se ferme. Le trente-cinquième jour la malade quitte la maison de santé, il reste toujours une grande difficulté de garder les urines longtemps dans la station debout...

Dans ce dernier cas de M. Hue nous retiendrons la sensation donnée par le toucher de la perforation vésicale qui permettait de reconnaître « tout un ossuaire » logé dans une autre cavité.

Cette sensation, peut être aurions-nous pu l'avoir dans notre cas de grossesse interstitielle. En effet, un essai de dilatation par des laminaires fut tenté, qui fut sans résultat. Si celle-ci avait pu être menée à bonne fin, un toucher vaginal, puis intra-utérin aurait sans doute permis d'avoir la même sensation.

Cette hypothèse peut être admise. A propos des grossesses extra-utérines, en effet, il est sage, dit-on, de s'assurer que l'utérus, bien qu'augmenté de volume, ne contient pas de produit de conception, et cette exploration se fait d'ordinaire par cathétérisme instrumental. Mais Tarnier lui préférait le cathétérisme digital, le toucher intra-utérin. Pinard fait remarquer, il est vrai, qu'il n'est pas toujours pratiquable. Nous l'avons trouvé impossible dans notre cas, mais dans d'autres moins anciens, peut-être pourrait-on accéder au kyste.

Comme nous le disions au commencement de ce chapitre, nous avons cru pour ainsi dire nécessaire,

d'emprunter quelques observations d'ouverture dans d'autres organes, pour montrer leur allure comparativement à notre cas personnel.

C'est qu'en effet, si nos recherches bibliographiques nous ont fourni trois indications précises, semblait-il d'ouverture de kyste dans l'utérus, en remontrant aux observations, nous n'avons trouvé aucune parenté réelle entre celles-ci et le cas de Laj bent Salem el Hageri.

M. Chambrelent rapporte l'histoire d'une malade qui perdit les eaux par les voies naturelles, ayant mené à terme une grossesse tubaire droite. L'écoulement s'était effectué par la cavité tubaire, qui établissait une communication entre l'utérus et le kyste.

Il n'y a là rien de commun avec notre observation. La voie de communication dans le cas de Chambrelent est une voie normale, le kyste est un kyste récent et jusqu'à un certain point, l'on pourrait rapprocher ce cas des faits d'avortement tubo-utérin, plus rares il est vrai que les avortements tubo-abdominaux, mais qui existent cependant.

Quant au second cas, celui rapporté par M. Galabin nous le relatons pour écarter de nous simplement une accusation d'oubli. Il n'a aucun rapport avec notre travail. Et cependant nous pensions être en possession d'un cas très analogue, quand nous lisions au bas de la page d'un traité cette indication bibliographique :

« Galabin a rapporté un cas remarquable d'ouverture d'un kyste fœtal dans l'utérus. » (Obs. trans. 1866, t. XVIII, p. 82.)

S'il fallait donner une définition des communications utéro-kystiques, nous la trouverions, ce nous semble, dans la phrase de MM. Ribemont-Dessaignes et Lepage, que nous rapportions plus haut : « Il faut que les parois du kyste et celles de l'utérus se sphacèlent ou soient détruites. »

C'est assez dire que la communication devrait se faire, au cas de kyste tubaire par exemple, en un point où, par suite d'adhérences, le kyste se trouve accolé à la matrice.

Mais s'il s'agit de grossesse interstitielle, il est bien évident que la communication se fait beaucoup plus simplement encore par la rupture du kyste, qui déjà a miné la tunique musculaire utérine.

L'observation de von Maschka, que nous relatons à la fin de ce travail, serait donc, au point de vue de la rupture, très superposable au nôtre. Mais le cas est plus complexe puisqu'il existait en outre une rupture abdominale. Nous ne saurions, en outre, identifier ce cas au nôtre, au point de vue de la communication utéro-kystique puisque dans l'observation, de Maschka, il s'agit d'une grossesse récente encore en cours, interrompue de ce fait, tandis que nous avons en vue plus spécialement l'ouverture secondaire des kystes anciens infectés, voulant opposer la

rareté de cette voie de fistulisation à la fréquence relative des ouvertures dans le rectum, la vessie, le vagin.

Nous n'avons pu trouver en somme aucun cas superposable à celui de Sadiki.

## DIAGNOSTIC

Est-il possible, au cas où l'examen de la malade et son interrogation, ont fait admettre l'existence d'une grossesse ectopique, de serrer le diagnostic de plus près, d'établir la variété devant laquelle on se trouve et, dans le cas présent, est-il des signes de quelque valeur, qui permettent cliniquement d'établir un diagnostic de grossesse interstitielle.

Ce diagnostic, d'après les traités classiques, serait impossible dans la grande majorité des cas.

C'est qu'en effet la grossesse développée au niveau du segment interstitiel de la trompe reste longtemps inaccessible à la palpation. Ce n'est qu'au moment, où elle atteint un certain volume, que le palper combiné au toucher peut révéler la présence d'une tumeur en relation avec l'utérus, mais celle-ci n'a rien de caractéristique par elle-même dans la grande majorité des cas.

Cependant, comme nous avons vu que le diagnostic de grossesse interstitielle avait été posé par un certain nombre d'auteurs de façon ferme, voyons quels peuvent être ces signes.

Muret rapporte deux signes qui semblent assurément des plus caractéristiques.

C'est tout d'abord la *sensation nette du ligament rond* qu'il a pu dans un cas suivre par le palper combiné au toucher jusqu'à la partie externe de la tumeur, signe qui à notre connaissance n'a pu être recueilli par aucun autre clinicien, et qui évidemment s'il était retrouvé, à lui seul entraînerait le diagnostic de grossesse interstitielle.

Les *contractions de la tumeur* seraient pour le même auteur un signe très caractéristique, car elles ne se rencontreraient pas dans la grossesse tubaire, mais alors ce pourrait bien être un signe de grossesse utérine aussi bien que de grossesse interstitielle.

Ces signes de très grande valeur, pathognomonique en quelque sorte, sont donc très rares, mais il est d'autres sensations occasionnelles, pour ainsi dire, qui ont permis d'arriver à un diagnostic non moins sûr, telles les sensations fournies par la tumeur au toucher, qui ont entraîné un diagnostic très ferme dans la deuxième observation de Delagenière (*loco citato*).

Malgré tout, certaines malformations utérines ou certaines implantations anormales de l'œuf dans la cavité d'un utérus normal peuvent simuler la grossesse interstitielle et l'on doit envisager ces cas.

### Diagnostic différentiel

Les cas d'*utérus bifide* ne sont pas extrêmement rares et la grossesse développée dans l'une des cornes peut simuler la grossesse interstitielle. L'examen attentif des organes génitaux externes, l'exploration du vagin, permettra dans certaines cas, lorsqu'il existe deux hymens, ou un cloisonnement vaginal, d'être très réservé ; mais il existe des utérus bifides dans leur segment supérieur seul ; des *utérus cordiformes* qui peuvent donner exactement les mêmes signes objectifs que ceux constatés dans les cas de grossesse tubo-utérine. Dans les deux cas, il y a une véritable tumeur accolée largement au fond d'un utérus, dont la corne opposée est saine ; des contractions peuvent être constatées sur le segment augmenté de volume ; le ligament rond est implanté à un niveau supérieur par rapport à l'autre côté et situé en dehors de la masse hypertrophiée ; les annexes aussi sont surélevées, tous signes qui se rencontrent dans la grossesse interstitielle.

Nous signalerons simplement la possibilité de *grossesses dans des cornes rudimentaires*, pouvant, suivant le siège, donner tout un ensemble de signes très différents suivant les cas. La grossesse dans une corne rudimentaire est loin d'être rare puisqu'en 1894 Kleinwächter avait pu en relever 42 cas. Le diagnostic anatomique n'offre aucune difficulté. Au point de vue clinique le kyste fœtal est toujours

pédiculé du côté de l'utérus, or la grossesse tubo-interstitielle est sessile et notre cas le prouve bien.

Nous ne pensons pas pour cela que, cliniquement, le diagnostic ferme puisse être un diagnostic aisé.

La *grossesse utérine simple* peut simuler la grossesse interstitielle. Pour qu'une erreur de ce genre se produise, il suffit que, pour des raisons quelconques, l'utérus paraisse asymétrique, que son développement se fasse irrégulièrement ; c'est surtout au cas d'adhérences de l'utérus à la paroi abdominale ou aux parois du bassin, que cet aspect peut se rencontrer. Le diagnostic peut être rendu fort difficile.

Dans bien des cas, comme dans le nôtre, le diagnostic de grossesse interstitielle ne sera porté qu'au cours de l'intervention, et sera un diagnostic anatomique. Il sera des plus facile généralement et pourra entraîner de par sa constatation des modifications dans la conduite à tenir.

### Diagnostic des complications

Nous ne parlerons point ici du diagnostic des complications telles que hémorragies, infection du kyste, fistules, celles-ci s'imposent de par l'histoire de la malade, de par les symptômes qu'elle accuse elle-même.

Nous voudrions simplement attirer l'attention sur la possibilité, dans quelques cas, de prévoir les *adhérences intestinales*, qui sont si fréquemment

rencontrées au cours des interventions pour kystes fœtaux.

M. Bégouin (*loco citato*) a eu l'occasion d'examiner une tumeur de grossesse ectopique, « de consistance très dure partout, pierreuse, avec sonorité sur toute sa partie antérieur, excepté tout à fait au niveau du pôle supérieure où il y a une zone de matité très restreinte ».

La fixité de cette anse constatée à plusieurs examens, fera s'attendre, en dehors de toute autre cause, à une intervention laborieuse, à moins que de ce chef l'on ne se résolve à une simple marsupialisation.

## TRAITEMENT

Nous ne saurions, dans cette partie de notre travail, apporter d'opinions vraiment originales ; mais il nous semble qu'il faille envisager au point de vue de notre cas personnel le *traitement des grossesses interstitielles*, et là les indications qui auraient pu se poser, devenaient vaines eu égard de l'ancienneté des accidents et la communication utéro-kystique, qui modifiaient les circonstances, et le *traitement des kystes anciens suppurés et fistuleux en relation avec l'utérus*, dont malheureusement les cas très rares, ne permettent encore aucune étude synthétique.

Pour ce qui est des faits de *grossesse interstitielle*, nous résumerons Muret :

Les auteurs qui ont observé des cas dans la première moitié de la grossesse, dit Muret, ont eu recours la plupart à la laparotomie, suivie de l'hystérectomie totale ou partielle.

Potherat à dû un succès à l'extirpation totale par la voie vaginale, mais cette voie ne saurait être recommandée ni choisie de propos délibéré, comme

le fait très justement remarquer Segond, à cause de la quasi-impossibilité d'un diagnostic ferme.

Engstrœm a incisé le sac fœtal, extrait un fœtus de 9 centimètres avec le placenta et les membranes, et a refermé le sac après avoir établi une communication avec l'utérus. La malade guérit.

Malgré les cas analogues de Tytler et Bland Sutton, les cas justiciables de ce traitement peuvent être considérés comme exceptionnels.

On pourrait, dans certains cas, comme l'indiquent Kelly et Webster, réaliser l'ouverture intra-utérine du sac, ou inciser un septum existant entre la cavité utérine et le sac. Il faut que la grossesse ait une tendance marquée à se développer du côté de la cavité utérine et admettre un septum peu épais, si l'on ne veut courir le risque d'une hémorragie grave.

Si le diagnostic de grossesse interstitielle, dit encore Delagenière, peut être établi avec certitude, nous serions tenté de pratiquer la dilatation complète de l'utérus pour provoquer un avortement en incisant l'œuf.

Si cette dilatation échoue, l'on pourra avoir recours à la laparotomie en pratiquant, soit une opération conservatrice, soit une opération radicale, la première devant toujours être préférée quand la fonction génitale peut être conservée.

Quant au *traitement des kystes anciens suppurés et ouverts dans l'utérus*, nous ne pouvons que nous inspirer dans le choix d'une intervention des opi-

nions émises à l'occasion d'ouvertures dans d'autres organes. Nous les résumerons ici.

Si l'ouverture s'est déjà faite au niveau de l'*abdomen*, le rôle du chirurgien se bornera à agrandir l'orifice et à extraire le fœtus ou ses débris à l'aide des doigts ou d'une pince.

Si la communication s'est établie avec le *rectum*, l'on doit se garder de profiter de cette voie (Segond, Legueu, Pozzi).

Mais au contraire, l'on peut tenter d'agrandir l'ouverture établie par le *vagin et la vessie*. Dans tous les cas d'ouvertures spontanées dans la vessie, on pourrait se contenter de la dilatation urétrale, dit en effet Winckel. Nous dirons néanmoins que M. Hue ne se rallie point du tout à cette dernière conclusion, et dans une partie d'observation que nous n'avons point citée, s'élève contre cette dilatation urétrale forcée.

Enfin, dit Pozzi, la laparotomie peut s'imposer, si l'ouverture fistuleuse s'est faite dans une région difficilement accessible (comme la partie supérieure du rectum ou la vessie).

C'est, nous appuyant en partie sur ces exemples de traitement par élargissement de la brèche, en partie aussi dans un but de diagnostic plus précis, que nous avions tenté une dilatation du col utérin chez notre malade. Cette tentative dut être abandonnée et tout naturellement, la tumeur étant antérieure, la voie d'abord abdominale fut choisie. Les circon-

stances amenèrent le Dr Brunswic-le-Bihan, à pratiquer une extirpation complète du kyste avec hystérectomie subtotale.

C'est qu'en effet : « dans quelques cas il y aura avantage à supprimer en même temps l'utérus, à faire une kystérectomie abdominale totale, ainsi que Hoffman, Turner, Braun, Routier, Pantaloni l'ont faite ; c'est là une ressource exceptionnelle et qui, dans quelques cas, permettra d'aller plus vite et d'assurer une hémostase plus complète » (Labadie-Lagrave et Legueu). C'est aussi l'opinion de Segond.

Quant aux détails de la technique, ceux-ci ne peuvent en être réglés d'avance, car bien différentes sont les difficultés auxquelles le chirurgien devra s'attendre toujours.

# OBSERVATIONS

## OBSERVATION I

Chambrelent de Bordeaux. — *Sur un cas de grossesse ectopique à terme avec communication du kyste fœtal et de la cavité utérine.*

Au mois de décembre 1902, je fus appelé par MM. Dénucé et Moussous à voir en consultation une de leurs clientes, sur les antécédents de laquelle ils me donnèrent les renseignements suivants :

X... est âgée de trente-huit ans. Elle est mariée depuis vingt ans et n'a jamais présenté de signes antérieurs de grossesse. Rien de particulier à signaler au point de vue des antécédents héréditaires, si ce n'est une sœur morte de paralysie générale.

Les antécédents pathologiques sont assez complexes. Réglée pour la première fois à treize ans, elle s'est bien portée jusqu'au moment de son mariage. Depuis cette époque elle a été sujette à des crises de coliques hépatiques et a présenté des symptômes de tuberculose pulmonaire, qui ont nécessité son séjour à Arcachon pendant plusieurs hivers consécutifs. Mais ces symptômes de tuberculose se sont amendés et à la fin de l'hiver 1902, X... ne présentait plus que quelques signes d'induration du sommet du poumon

gauche. Les règles étaient normales et ont apparu pour la dernière fois le 20 juillet. Quelques jours après cette dernière époque menstruelle, elle partit pour faire un long voyage en automobile. Le 6 août, apparurent les premiers symptômes sur lesquels notre attention dut être appelée, et cela d'une manière si subite, que les circonstances méritent d'être rapportées.

La malade était en automobile avec son mari, la route s'engageait dans un tunnel de 500 à 600 mètres de longueur; en entrant sous le tunnel, X... se sentait bien portante et causait avec son mari qui dirigeait la voiture; la direction devenant plus difficile dans l'obscurité relative du tunnel, on dut ralentir l'allure. Tout à coup, vers le milieu du tunnel, X... poussa un cri tellement angoissé et semblant révéler une douleur telle, que son mari effrayé reprit toute vitesse, pour sortir au plus vite du tunnel. Arrivé à l'air libre, celui-ci constata que X... était évanouie, extrêmement pâle, et le visage couvert de sueurs froides. Aidé de son mécanicien, il la transporta dans une hôtellerie voisine, où, au bout d'un certain temps elle reprit connaissance Elle se plaignit alors de douleurs violentes dans le bas-ventre et constata l'apparition de légères pertes sanguinolentes. Les douleurs se calmèrent au bout de quelques jours, mais les pertes se continuèrent pendant une quinzaine. Au bout de ce temps, elle put rentrer à Bordeaux. Quelques jours après son arrivée, X... fut prise de nouveau de violentes douleurs dans le bas-ventre. M. Dénucé appelé auprès d'elle, constata les signes très nets d'une appendicite. Traitement approprié, repos au lit. Au mois de novembre. le palper permet de constater, qu'à côté de l'empâtement appendi-

culaire, existe une tumeur. Au mois de décembre, l'état général se maintient bon, mais la tumeur constatée le mois dernier grossit et les médecins consultants émettent l'idée d'une grossesse possible.

C'est à ce moment, c'est-à-dire à la fin de décembre, que je fus appelé pour la première fois auprès de X.

L'état général me paraît satisfaisant. La poitrine est bien développée, l'aréole des seins est bien marquée et l'on distingue très nettement les tubercules de Montgommery. L'examen du ventre me permet de constater l'existence d'une tumeur régulière, un peu à droite de la ligne médiane et remontant à peu près au niveau de l'ombilic. Le stéthoscope appliqué au milieu de cette tumeur permet d'entendre d'une façon distincte les battements du cœur fœtal, qui sont très nets. Au toucher vaginal, on constate une tuméfaction dans le cul-de-sac postérieur ; le col, difficile à atteindre est situé en avant presque sous la symphyse pubienne, il est fermé et légèrement ramolli. Je porte le diagnostic de cinq mois environ avec utérus un peu réfléchi. Etant donnés les débuts pénibles de la grossesse, je fais quelques réserves au sujet de l'existence d'une grossesse ectopique, mais vu le bon état général de la malade, je ne m'arrête pas à cette hypothèse. J'ai l'occasion de revoir la malade à plusieurs reprises pendant le courant des mois de janvier et de février 1903. Son état général est toujours très satisfaisant. Elle ressent bien de temps en temps quelques douleurs dans le côté droit du ventre, mais ces douleurs paraissent trouver leur explication naturelle dans l'état de névropathie de la malade et dans l'existence de la crise d'appendicite, qu'elle a eue au mois de septembre. La malade a d'ailleurs repris sa vie

habituelle, elle a même pu aller à plusieurs reprises au théâtre.

Au mois de mars, étant absent de Bordeaux, je suis informé par dépêche que X... vient de perdre les eaux et que sa délivrance, qui n'était attendue que pour avril, paraît proche. Dès mon arrivée à Bordeaux, je me rends auprès de ma cliente qui me raconte, en effet, que quelques jours auparavant, ayant fait un faux pas sur le trottoir, elle s'était sentie tout à coup mouillée ; elle était rentrée chez elle et avait fait venir la sage-femme. Celle-ci avait bien constaté que le liquide écoulé était bien du liquide amniotique. Elle avait constaté également dans le vagin l'existence d'un petit caillot sanguin noirâtre.

L'état général de X... est d'ailleurs toujours très satisfaisant. Je conclus à une rupture prématurée des membranes et élimine alors toute idée de possibilité de grossesse ectopique.

L'état de X... se maintient satisfaisant. Le ventre, dont le volume avait manifestement diminué après l'écoulement du liquide amniotique, continue à augmenter. Les battements du cœur du fœtus sont bons. Le palper permet de constater que la tête du fœtus est en haut dans le voisinage de l'ombilic. Par le toucher, on constate la présence du siège dans le cul-de-sac postérieur. Le col est toujours fortement porté en avant, en partie ramolli, mais toujours fermé.

Dans les derniers jours d'avril la malade se plaint de douleurs plus vives dans le bas-ventre. On pense à un début de travail, mais il n'est cependant pas possible de percevoir de contractions utérines. Les douleurs ne tardent pas à se calmer. Le 5 mai, la malade me fait appeler de nou-

veau et me dit que, depuis la veille, elle n'a pas perçu les mouvements du fœtus, qui, les jours précédents, étaient fréquents et nombreux.

J'ausculte avec soin, et il m'est, en effet, impossible de percevoir les battements du cœur fœtal, que j'avais nettement entendus quelques jours auparavant.

Le toucher vaginal ne permet de constater aucune modification du col utérin, qui est toujours situé en avant, peu ramolli et complètement fermé.

En ramenant le doigt au dehors, l'on constate qu'il est taché par un liquide noirâtre, poisseux, ayant tous les caractères du méconium. Cela n'a d'ailleurs pas lieu de nous surprendre étant donné la présentation du fœtus par le siège et sa mort très probable. Cependant nous sommes étonné de cet état anormal du col et de l'absence de toute contraction de la tumeur fœtale, malgré les douleurs intermittentes que ressent la malade. L'idée d'une grossesse extra-utérine se présente de nouveau à notre esprit et, pour élucider cette question, nous décidons de pratiquer le toucher intra-utérin, qui ne présente plus d'ailleurs aucun inconvénient, puisque nous sommes arrivés au terme de la grossesse.

Le 6 mai, je prie M. Dénucé de chloroformer la malade. X... est placée dans la position obstétricale, le col est mis à découvert par deux valves et nous le dilatons à l'aide de la série des bougies de Hégar. Dès que la dilatation est suffisante, la main est introduite dans le vagin et le doigt dans la cavité utérine. Nous constatons que l'utérus, incliné en avant et à droite, est simplement augmenté de volume ; le doigt permet de se rendre compte que la cavité est absolument vide. Le diagnostic « grossesse extra-utérine » s'im-

pose. Dans ces conditions la question d'intervention chirurgicale est immédiatement posée.

L'état général de la malade étant satisfaisant, sa température absolument normale (36 degrés le matin, 37 le soir), M. Dénucé, qui veut bien se charger d'opérer, estime qu'il y a intérêt à attendre quelques jours, pour laisser au placenta le temps de se flétrir et diminuer ainsi les chances d'hémorragie.

Après son réveil, la malade accuse de violentes douleurs intermittentes. Pendant la douleur on constate que le kyste fœtal ne se contracte pas, tandis que l'utérus apparaît comme une petite tumeur contractile, située à droite, au-dessus du ligament de Fallope.

Lendemain 7 mai. — L'état général est toujours bon (température matin 35°8, soir 36°6) il s'écoule du méconium par le vagin.

8 mai. — Température du matin 35°6, le soir 37°8.

9 mai. — Température du matin normale, le soir 38°2, pouls à 108. Les traits sont tirés, le facies est légèrement terreux. Devant ces symptômes paraissant indiquer un état infectieux, M. Dénucé décide d'intervenir dès le lendemain matin.

Incision médiane de la paroi abdominale partant à trois travers de doigt au-dessus de la symphyse pubienne et remontant à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic. La tumeur apparaît très vasculaire. On incise la paroi sur une étendue de 4 à 5 centimètres. Un flot de liquide roussâtre et nauséabond inonde le champ opératoire. L'ouverture est agrandie et l'on voit apparaître la tête du fœtus qui est aus-

sitôt saisie. Le fœtus a subi un commencement de putréfaction. Il est baigné par un liquide brun noirâtre, mélange de sang et de méconium. Le cordon ayant été coupé, le placenta inséré en avant et à droite est laissé en place; la poche est marsupialisée, puis bourrée de gaze aseptique.

Le soir de l'opération, température 37°5. Le lendemain matin, après une nuit d'insomnie, la malade a une température de 37°6 ; dans la journée elle se plaint de violentes douleurs.

En défaisant le pansement on constate qu'il y a une légère hémorragie. Lavage de la cavité à l'eau oxygénée, puis temponnement à la gaze aseptique.

La malade succombe le 19 à midi, c'est-à-dire quarante-huit heures après l'opération.

L'autopsie n'a pu être faite. Toutefois M. Dénucé par l'ouverture de la plaie a pu constater les faits suivants :

Le péritoine ne présentait pas trace d'inflammation. En prolongeant l'examen vers la fosse iliaque du côté droit, il a pu constater que, dans la région appendiculaire, il existait une masse de fausses membranes anciennes, parfaitement organisées, confirmant ainsi le diagnostic d'appendicite posé au début de la grossesse. Toute la partie inféro-postérieure de la poche était adhérente aux anses intestinales, M. Dénucé a pu enlever l'utérus. C'est une pièce que je vous présente et dont l'examen offre pour nous un grand intérêt. Elle montre le corps de l'utérus manifestement hypertrophié ; on voit également une partie du kyste fœtal adhérent à la paroi latérale droite de l'utérus, au niveau à peu près de la trompe droite.

La figure ci-jointe (1) représente également l'utérus en grandeur naturelle, vu par sa face antérieure. On voit aussi sur cette figure une partie de la trompe droite confondue avec le kyste fœtal. Une incision faite sur la pièce entre la section médiane et le kyste a permis de constater que le stylet suivait bien le trajet de la portion interstitielle de la trompe, ce que l'examen histologique a permis de reconnaître.

Cette observation nous a paru intéressante à plus d'un point de vue. C'est d'abord un exemple de grossesse extra-utérine évoluant jusqu'à terme avec fœtus vivant. *C'est enfin un exemple très rare, peut-être unique, de communication du kyste fœtal avec la cavité utérine.*

Cette particularité a permis l'écoulement du liquide amniotique et plus tard du méconium par les voies naturelles, fait qui, je crois, n'a jamais été signalé et qui dans le cas actuel a été une des causes qui, pendant quelque temps, nous ont fait rejeter le diagnostic de grossesse extra-utérine.

C'est également ce fait qui a été probablement la cause de la putréfaction fœtale très rapide et des conséquences graves qui en ont été le résultat (2).

---

1. Nous rapportons ici textuellement la communication de M. Chambrelent. Nous n'en publions point la figure. Les deux planches que l'on trouvera à la fin de notre travail sont la reproduction de notre cas personnel.

2. *Bulletin de la Société d'Obstétrique de Paris*, 1904. Bibliothèque de la Faculté de Paris, n° 110584.

## OBSERVATION II

Dr Chalmer. — *Rapport sur une pièce de grossesse extra-utérine.*

La pièce est constituée par l'utérus, les ovaires et les parties contiguës comprenant même une partie du rectum. Derrière l'ovaire droit, se trouve un kyste ovoïde de 1/10 de pouce de longueur. Celui-ci est doublé en grande partie d'une substance dure, ressemblant comme forme à la voûte d'un crâne fœtal, ayant sa convexité dirigée en haut et son long axe placé transversalement. On ne peut découvrir ni sutures, ni fontanelles, mais vers l'une des extrémités, se trouvent deux plaques détachées, placées de chaque côté de façon symétrique. Le kyste est en rapport intime avec l'ovaire qui s'étend même en partie sur lui. Il est recouvert du tissu cellulaire qui entoure l'ovaire (?) et la base du ligament large. La substance dure à l'examen microscopique apparaît comme possédant la structure de l'os. L'on y reconnaît les canaux de Havers très distinctement ainsi que les cellules.

Inclus dans le tissu cellulaire, entre le vagin et le rectum, est un corps dur de 1/10 de pouce de longueur. Il est quelque peu oblong comme forme, mais ne peut être identifié comme un os quelconque de fœtus. A l'examen microscopique, on le trouve avoir une structure osseuse, mais moins parfaite que la masse en forme de voûte.

Les deux trompes de Fallope sont complètement libres et nullement en rapport avec le kyste.

L'ovaire droit contient deux kystes de 4/10 et 5/10 de pouce

de longueur respectivement. Ceux-ci ont des parois dures, épaisses et plissées, ressemblant à celles d'un corpus luteum. L'ovaire gauche contient un kyste semblable de 3/10 de pouce de longueur avec des parois minces de 1/2 pouce d'épaisseur. La longueur de la cavité utérine est de 2 pouces 1/4. Un polype muqueux de 9/10 de pouce moulé sur la forme de la cavité est attaché par un petit pédicule au fond de l'utérus.

Nous pensons que les os trouvés dans cette pièce sont des parties fœtales, dont le reste aurait été éliminé par le rectum ou par le vagin. Nous croyons de plus, que l'ovule a dû être fécondé dans l'ovaire et se développer, ensuite dans le tissu cellulaire avoisinant.

## OBSERVATION III

Maschka (Prague). — *Suspicion d'avortement avec de ce fait mort provoquée du fœtus. — Grossesse extra-utérine avec rupture du kyste fœtal.*

(*Viener med. Wochenschrift*, 1885, n° 42.
*Centralbl. für Gyn.*, n° 51, p. 814, t. IX, 1885).

Un médecin fut appelé auprès de M^me^ B. S... à l'occasion de coliques, de vomissements et d'une hémorragie légère. Ce médecin posa le diagnostic de péritonite suite de *constipation*, et en même temps constata une grossesse de quatre mois. La mort survint deux jours plus tard. La déclaration faite par le mari, que la mort pouvait bien être due à un avortement, entraîna l'opposition judiciaire.

Dans la grande cavité péritonéale existait une notable quantité de sang non coagulé. En outre, dans la cavité abdominale l'on trouva une tête libre de fœtus macéré mesurant 17 centimètres de circonférence. A côté se trouvait le placenta. L'utérus mesurait 12 centimètres de hauteur, 9 de largeur, 3 d'épaisseur.

Au côté droit du fond de l'utérus, attenant à ce fond, existait un sac de la grosseur d'une orange, déchiré et enveloppé de tissu utérin, dans lequel débouchait la trompe droite. Ce sac et l'utérus contenant de petits restes placentaires communiquaient par une déchirure du sac se trouvant sur le fond de l'utérus et mesurant 3 centimètres transversalement.

Les parties fœtales ne furent retrouvées ni dans l'utérus, ni dans le sac. Le tronc fut seulement découvert deux jours plus tard sous le lit de B. S...

Il fut déclaré dans le rapport, qu'il y avait eu rupture d'un kyste de grossesse interstitielle ayant donné lieu à une hémorragie et dans la suite ayant provoqué une péritonite dont B. S... était morte.

La rupture paraissait selon toute vraisemblance spontanée.

Après sa production les pieds du fœtus en même temps que le corps avaient passé par la déchirure de la matrice tandis que la tête restait dans le sac.

Ce ne serait que sous l'effet des contractions utérines que le tronc macéré aurait gagné le vagin et aurait été, soit attiré au dehors par la mère, soit séparé par les contractions elles-mêmes de la tête restant dans le sac.

## CONCLUSIONS

I. — La grossesse interstitielle est une des formes rares de la grossesse ectopique.

II. — Au point de vue anatomo-pathologique, elle est caractérisée par le développement de l'œuf dans la région du fond de l'utérus, formant une tumeur sessile adhérant largement à la matrice et située en dedans de l'insertion du ligament rond et des trompes. Ces deux organes sont surélevés par rapport à leurs homologues du côté sain et reportés tantôt en avant, tantôt en arrière, en sens opposé de la direction d'expansion du kyste.

III. — Cliniquement les hémorragies par la voie vaginale seraient plus fréquentes que dans les autres variétés, mais un seul signe serait vraiment pathognomonique de la variété intestitielle, c'est la constatation par le palper de l'insertion du ligament rond en dehors de la tumeur, signe très rarement observé. Les autres caractères tirés du palper de la tumeur, implantation large, contraction de la paroi, ne peuvent être que d'excellents signes de probabilité.

IV. — Quant à la constatation de l'hypertrophie utérine d'ordre reflexe, signalée par Pinard au cours

de la grossesse ectopique et capable dans certains cas de permettre de rapporter à une gestation anormale la tumeur constatée, c'est un signe qui perd toute sa valeur au cas de grossesse interstitielle.

V. La suppuration des kystes fœtaux semble toujours être d'origine intestinale et favorisée par l'adhérence d'une partie d'intestin au kyste lui-même.

VI. — Quant à la communication du kyste suppuré avec l'utérus, c'est une évolution rare des grossesses ectopiques quelles qu'elles soient, dont le diagnostic semble toujours facile par suite de l'élimination de débris osseux ou tout au moins l'écoulement de liquides fétides.

Nous ne saurions formuler de conclusions de traitement par rapport à la grossesse interstitielle, la suppuration du kyste et sa communication avec l'utérus ayant fourni chez notre malade des indications nouvelles.

L'extirpation totale du kyste par la laparotomie avec kystérectomie supra-vaginale nous a permis de guérir notre malade avec des suites opératoires des plus bénignes.

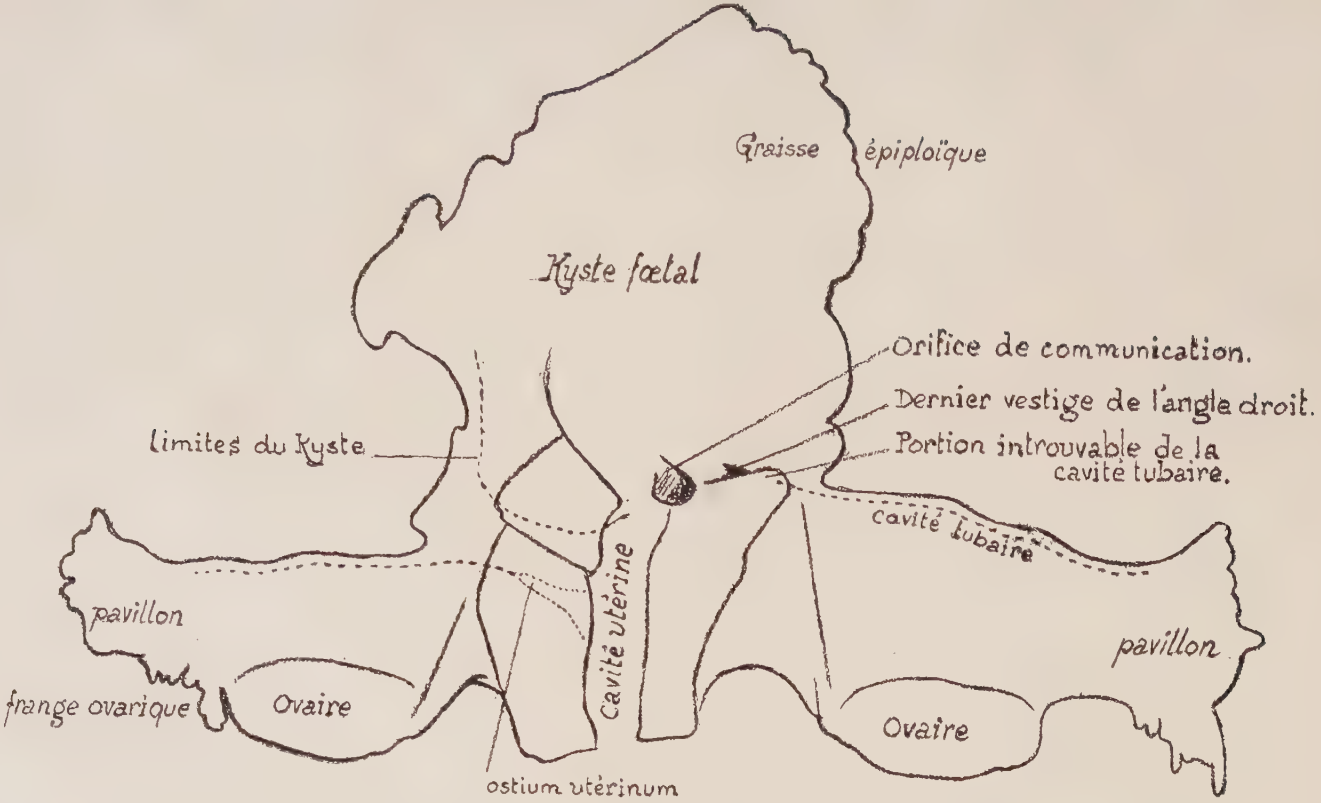
---

Vu : Le Président de la thèse,
S. POZZI

Vu : Le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD

R. O. de B. del.


Graisse épiploïque
Kyste fœtal
Orifice de communication.
Dernier vestige de l'angle droit.
limites du Kyste
Portion introuvable de la cavité tubaire.
cavité tubaire
cavité utérine
pavillon
pavillon
frange ovarique
Ovaire
Ovaire
ostium utérinum

# INDEX BIBLIOGRAPHIQUE


Chambrelent. — Grossesse extra-utérine avec communication du kyste fœtal avec la cavité utérine. Soc. d'Obst. de Paris, janv. 1904.

Delagenière. — De la grossesse tubo-utérine ou interstitielle (Arch. provinciales de chirurgie, mai 1902, n° 5).

Deschamps. — Sur les divers modes de terminaison des grossesses extra-utérines. Thèse de Paris, 1880.

Galabin. — Report on Dr Chalmer's specimen of Extra-uterine Fœtation (Obstetrical transactions, t. XVIII, p. 82, 1876).

Jouessof. — A propos de l'avortement tubo-utérin. Thèse de Paris, 1901.

Kuchenmeister. — Mémoire sur la rétention fœtale prolongée, 1880.

Labadie-Lagrave et Legueu. — Traité médico-chirurgical de Gynécologie.

Léopold. — Beitrage zur Graviditas extrauterina (Centr. f. Gyn., 1899, vol. LVIII.

Lequeux. — De la grossesse angulaire et de ses rapports avec les grossesses ectopiques (Livre d'or du professeur Pozzi, 8 juillet 1906 et Revue de Gyn. et de Chir. abd., oct. 1906).

Maschka (von). — Vien med. Woch., 1885, n° 42, p. 1279.

Maygrier. — Terminaison et traitement de la grossesso extra-utérine. Thèse d'agrégation. Paris, 1886.

Muret. — De la grossesse interstitielle. Revue de Gyn. et de Chirurgie abdom., 1902, n° 1.

Muret. — Diagn. différentiel de la grossesse extra-utérine, de la grossesse ectopique et de quelques tumeurs abdominales. Revue de Gyn. et de Chir. abdom., 1898, n° 4.

Pantaloni. — Trois cas de grossesses extra-utérines opérées pas des procédés différents et suivies de guérison. Archives de chirurgie, 1898, p. 82.

Paquy. — Thèse de Paris, 1897.

Parry. — Extra-utérine pregnancy. Philadelphia, 1876.

Petit (L. H.) — Mémoire sur l'anus iléo-vaginal. Annales de Gyn., janvier 1883, t. XIX.

Picqué. — S. de chirurgie, séance du 15 juin 1896.

Pozzi. — Traité de Gynécologie.

Priestley. — Obstetr. trans. Londres, 1880, t. XXI, p. 24.

Purefoy. — Dublin, Journal of. med. science, avril 1877, t. LXIII, p. 362.

Ribemont-Dessaigne et Lepage. — Précis d'obstétrique.

Rooswinkel. — Over tubouter graviditest. Dissert. Inougurale, 1896, mai, Leiden.

Rosenthal. — Centralbl. f. Gyn., 1896, n° 51.

Segond. — Congrès périodique de Gynécol., d'obstétr. et de pédiatrie tenu à Marseille, 8 au 13 octobre 1898. Traitement des grossesses extra-utérines.

Schauta. — Beitr. zur casuistik prognose und therapie der Extra-uterinschwangerschaft. Pragues, 1891.

Sepibus (C. de). — Revue méd. de la Suisse rom., 20 décembre 1896.

Spæth. — Wurtemb. med. corresp. Blatt., 1883, t. VIII.

Warin (H.). — De la grossesse développée dans une corne utérine rudimentaire et tubo-utérine. Thèse de Paris, 1899.

Winckel — Uber den Durchbruch extra uteriner Fruchtsake in die Blase. Samml. Klin. Vorträge, mai 1890, n° 3.

# TABLE DES MATIÈRES


Pages

Avant-propos ..... 7
Introduction ..... 9
Observation personnelle ..... 13
La Grossesse interstitielle ..... 21
Fréquence ..... 21
Anatomie pathologique ..... 25
Symptomatologie clinique ..... 35
Évolution. — *De l'ouverture des kystes fœtaux anciens dans l'utérus* ..... 39
Diagnostic ..... 51
Diagnostic positif ..... 51
Diagnostic différentiel ..... 53
Diagnostic des complications ..... 54
Traitement ..... 57
De la Grossesse interstitielle ..... 57
Des Kystes anciens suppurés et ouverts dans l'utérus ..... 58
Observations ..... 61
Chambrelent ..... 61
Chalmer ..... 68
Van Maschka ..... 70
Conclusions ..... 73
Planches ..... 74
Index bibliographique ..... 75



Imp. de la Faculté de Médecine. JOUVE et Cie, 15, rue Racine, Paris.